

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 620

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par G. DELAFORGE

Né à Rouen (Seine-Inférieure) le 22 août 1874.
Ancien interne des Hôpitaux de Rouen (Concours 1897).

DE

LA MOBILITÉ DU REIN
EN ECTOPIE CONGÉNITALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. RICHELOT, professeur.
THIROLOIX et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

620

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

G Delaforge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par G. DELAFORGE

Né à Rouen (Seine-Inférieure) le 22 août 1874.
Ancien interne des Hôpitaux de Rouen (Concours 1897).

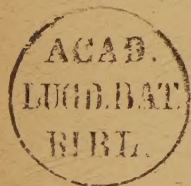
DE

LA MOBILITÉ DU REIN
EN ECTOPIE CONGÉNITALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. RICHELLOT, professeur.
 THIROLOIX et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.		HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale.		BRISSAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		BERGER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.		JACCOUD.	
		HAYEM.	
Maladie des enfants.		DIEULAFOY	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DEBOVE.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux.			
Clinique chirurgicale.		JOFFROY.	
		FOURNIER.	
Clinique ophthalmologique.		RAYMOND.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		TERRIER.	
Clinique d'accouchements.		DUPLAY.	
Clinique gynécologique.		LE DENTU.	
Clinique chirurgicale infantile.		TILLAUX.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRÉ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALLAY

Médecin honoraire des Hôpitaux de Rouen.

Faible témoignage d'amitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

En écrivant ces lignes, nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de tristesse. Cette thèse inaugurale, c'est en effet la fin d'une vie tranquille et studieuse et le commencement de l'exercice d'un art toujours délicat. Aussi est-ce avec une mélancolique reconnaissance que nous voulons aujourd'hui remercier ceux qui nous ont guidé, dans notre vie d'étudiant, de leurs conseils et de leurs exemples.

Merci au Dr Lerefait qui nous a séduit, amusé, converti quelquefois à des théories originales soutenues avec autant de verve que de conviction.

Merci au Dr Gargam, médecin honoraire des hôpitaux ; dédaignant le dilettantisme facile il a toujours été le médecin soucieux de ses malades, le maître ouvert pour ses élèves.

Merci au Dr Ballay de l'année d'internat que nous avons passée dans son service et de l'amitié dont il nous honore.

La grâce élégante de son esprit, la bonté naturelle de son caractère, cette modestie si vraie qui nous confondait, nous avaient dès lors séduit comme elles ont séduit tous ceux qui l'ont approché.

Nous serons toujours reconnaissant au Dr Brunon, directeur de l'Ecole de Rouen, des cours théoriques et surtout des conférences d'internat dont il fut le promoteur à Rouen et qui nous furent si utiles. Curieux de toutes choses, il nous enseignait volontiers qu'un médecin doit con-

naître son art mais aussi s'intéresser à toutes les productions de l'esprit.

Nous sommes aussi redevable au D^r Nicolle dont nous avons suivi avec tant de fruit le cours de bactériologie.

Nous remercions aussi le D^r Olivier, professeur de clinique médicale, dont nous avons été l'externe et dont nous avons suivi les cliniques si simples, si pleines d'enseignements pratiques.

Le D^r Leudet a su nous rendre attrayante l'étude de l'histologie ; maintes fois il nous a donné des preuves de bienveillance, nous l'en remercions bien sincèrement.

Merci aussi au D^r Tinel, professeur d'anatomie, aux D^{rs} Pétel, Didier, Halipré, Jeanne qui toujours nous ont aidé de leurs conseils.

Le D^r Martin, professeur de clinique obstétricale a droit aussi à notre reconnaissance pour son enseignement si clair et si moderne.

Nous avons été le stagiaire de M. le professeur Pinard et du D^r Descroizilles, qu'il nous soit permis de les remercier de leurs si profitables leçons.

Nous avons commencé nos études médicales sous la direction de M. le D^r Cerné et nous les terminons étant son interne. C'est dire combien nous lui sommes redevable pour tous les conseils qu'il nous a prodigués et pour nos études et pour notre thèse dont il est l'inspirateur.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Le Dentu dont la haute compétence dans la chirurgie du rein, rend plus grand l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE

LA MOBILITÉ DU REIN

EN ECTOPIE CONGÉNITALE

En parcourant les différents auteurs qui ont publié leurs observations sur les affections des reins, et ils sont légion depuis quelques années car la chirurgie des reins est à l'ordre du jour, nous avons été étonnés de voir qu'aucun d'eux ne s'était trouvé en présence d'un rein congénitalement ectopié qui par suite d'une mobilité acquise et anormale serait devenu douloureux.

Les cas de rein en ectopie congénitale sont nombreux dans la science, quelques observations font mention des phénomènes douloureux, même Nové-Josserand publie le cas d'un rein ectopique, avec crises douloureuses, mictions fréquentes prises pour de l'hydronéphrose et qui rappelle le tableau symptomatique du rein flottant.

Mais nulle part il n'est fait mention de mobilité anormale.

Bien plus, Lancereaux, dans une leçon qu'il fit sur les différentes anomalies de situation du rein, semble ne pas

songer à la mobilité d'un rein ectopique et *oppose* ce déplacement congénital au déplacement acquis, sans supposer que les deux déplacements peuvent se présenter sur le même rein et donner lieu à un tableau symptomatique un peu spécial.

« Tant que le rein congénitalement déplacé n'a pas subi d'altération propre, il ne détermine pas de troubles fonctionnels. Fixé solidement, il n'exerce aucun tiraillement, et le hasard seul de l'autopsie révèle le changement de position. Mais si l'inflammation survient, on a tous les phénomènes de douleur, de tuméfaction, de compression, qui alarment le médecin et lui font porter à tort un pronostic trop sombre ».

Ainsi pour Lancereaux, seule l'inflammation peut donner lieu à des phénomènes douloureux dans un rein ectopique. Idée évidemment trop exclusive. Nové-Josserand, en publiant le cas d'un rein présentant des troubles simulant l'hydronéphrose, sans altération appréciable, a ajouté une nouvelle cause de douleurs.

Je crois qu'on pourra désormais y ajouter la mobilité dont il n'est pas encore fait mention.

La bonne fortune nous ayant mis en présence d'un tel cas, nous nous sommes proposés d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

OBSERVATION (personnelle).

Mlle L..., 24 ans, née à Rouen, tisseuse.

Jeune fille, de taille moyenne, de santé assez délicate, capable cependant d'un travail assez pénible, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur Cerné, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite.

Pas d'antécédents héréditaires ; le père est mort d'un accident, la mère vit encore sans avoir jamais eu de maladies.

Rien du côté des frères, pas de sœur ; dans la famille, à titre plus ou moins éloigné, pas d'accidents du côté des reins.

Elle n'avait jamais été malade, sauf une légère attaque de grippe et deux amygdalites suppurées. A l'état normal, elle ne se plaint que d'une constipation opiniâtre qu'elle a depuis son jeune âge.

Réglée à 17 ans d'une façon normale, elle n'accuse aucun phénomène remarquable, soit au point de vue de la régularité, de la durée, de l'abondance et de la couleur de ses menstrues.

Pas de leucorrhée.

Elle était donc en bonne santé apparente quand, le 13 août 1900, la malade, montant quelques marches, tomba et sentit, dit-elle, « se décrocher quelque chose » au niveau de l'ombilic du côté droit.

A la suite de cet accident, elle ne s'est pas alitée, mais elle ne pouvait faire son travail que difficilement et se plai-

gnait d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Un mois après, à la suite d'un brusque effort pour mettre un sac sur son dos, la malade sentit à nouveau « quelque chose qui craquait dans son ventre ».

Le lendemain, elle ne peut vaquer à ses occupations et est prise d'envies fréquentes d'uriner avec mictions douloureuses.

Elle fait appeler un médecin qui pensant à une cystite lui prescrit le régime lacté et de la tisane de graine de lin.

À la suite de ce traitement, les mictions ne sont plus douloureuses mais elles sont aussi fréquentes ; à aucun moment il n'y a de diminution de la quantité d'urine suivie de débâcle comme dans l'hydronéphrose.

Les urines sont restées limpides, sans odeur, peut-être un peu plus abondantes ; ni sucre, ni albumine.

Malgré le régime lacté absolu, les symptômes, autres que la douleur, ne diminuaient pas, la malade ne pouvait se coucher sur le côté gauche, elle ne pouvait plier sa cuisse droite sur le tronc, sans avoir la sensation d'une masse au-dessus du pli de l'aîne.

Elle ressentait une fatigue continuelle avec douleurs s'irradiant le long des cuisses ; l'appétit diminuait, quoique les digestions se font toujours avec régularité. Vers le 10 décembre, elle commence à avoir des nausées, elle passe les nuits dans l'insomnie, elle a des idées de suicide, elle va consulter le Dr Cerné qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

À l'examen de la malade, le ventre n'est pas augmenté de volume sauf peut-être une légère voussure dans la fosse iliaque droite.

À ce niveau, la palpation fait sentir une tumeur douloureuse, à peu près arrondie, assez mobile pour remonter au-

dessus de l'os iliaque et descendre au-dessous du détroit supérieur, mais difficilement. Il est impossible de l'amener à faire saillie dans le cul-de-sac vaginal.

D'autre part, sa forme n'est pas absolument régulière, elle paraît un peu aplatie d'avant en arrière. L'idée d'un rein flottant vient à l'esprit d'après les phénomènes éprouvés, mais on ne peut réintégrer la tumeur dans la loge rénale. Aussi tout en faisant une réserve à ce point de vue, mais sans songer à un rein ectopié, M. Cerné conclut à un kyste dermoïde probable de l'ovaire droit.

Opération le 31 décembre 1900. Anesthésie mixte : bromure d'éthyle, chloroforme ; lavage de la paroi abdominale, savon, alcool, éther, sublimé).

La malade est mise dans la position de Trendelenburg. Incision de la peau ; ouverture du péritoine. La masse intestinale, refoulée en haut, laisse apercevoir le péritoine pariétal postérieur soulevé par une tumeur arrondie.

La consistance de la masse fait reconnaître immédiatement le rein. L'examen de la malade avait donné des renseignements exacts quant à la forme et la mobilité de l'organe, il est absolument impossible de faire remonter le rein plus haut qu'avant l'opération, on sent que l'organe est bridé par son hile dont les vaisseaux semblent se tendre sous l'effort.

Que faire ? Il est impossible de tenter une fixation de l'organe aux dernières côtes, comme on le fait dans la néphrorrhaphie postérieure, à l'heure actuelle ; le rein est trop bas. On se contente d'une néphrorrhaphie antérieure. On incise avec précaution le péritoine et on tombe directement sur le rein. On le maintient aussi haut que possible et on fixe l'organe par sa partie inférieure en passant un catgut en plein

parenchyme réel, en comprenant dans le point de suture le rein, l'aponévrose du psoas, et une partie même du muscle.

Rien du côté des annexes.

Suites absolument simples.

La malade sort 20 jours après, avec une ceinture portant une pelote large.

Elle n'a plus d'idées de suicide, son état général est satisfaisant.

Nous l'avons revue six mois après ; la guérison s'est maintenue, et la malade, au point de vue physique et moral, est dans un état très satisfaisant.

ANATOMIE

Avant d'entrer dans l'étude de la mobilité du rein ectopique, des conditions dans lesquelles cette mobilité se produit, des diverses causes qui y président, il nous faut connaître les positions diverses qu'il occupe dans l'abdomen, étudier les moyens qui permettent au rein de rester fixé dans cette position première, rechercher ses rapports avec les organes avoisinants, en un mot, il faut que nous en fassions l'anatomie aussi complète que possible.

Avant 1894, cette étude se résumait à quelques notions éparses dans le livre de Rayer, dans les comptes-rendus des sociétés savantes et dans les traités d'anatomie, quand parurent, à deux années d'intervalle, le travail de Strübe, et en France la thèse de Chapuis, qui donnèrent une vue d'ensemble, malheureusement encore incomplète de la question, qui peu à peu s'enrichit des travaux publiés dans les *Annales des maladies des organes génitaux*, et par les faits et observations apportés à la Société anatomique de Paris.

C'est à l'aide de ces différents documents que nous allons résumer la question :

Le rein peut présenter dans l'abdomen plusieurs degrés d'ectopie. On le rencontre :

1° Au-devant de la colonne lombaire, un peu au-dessous de la position normale.

2° Sur l'angle sacro-vertébral ou sur la symphyse sacro-iliaque.

3° Il est inclus d'une façon totale dans le petit bassin en avant ou en arrière du rectum.

4° Entre ces deux dernières positions, le rein peut en occuper une autre qui serait, d'après certains auteurs (Chapuis, Strübe) la plus habituelle. Il est à cheval sur le promontoire, une partie au-dessus du détroit supérieur, en rapport avec les deux dernières lombaires, le reste plongeant dans le petit bassin.

A part un ou deux cas, le rein reste dans la moitié du corps qui lui était destinée. Cependant il a souvent quelque tendance à déborder du côté opposé, à droite le plus souvent, puisque c'est presque toujours du côté gauche qu'il est ectopié. La fréquence de ce déplacement à gauche est telle, que Klebs a prétendu que de ce côté seulement se développait l'ectopie. Cependant on cite des déplacements congénitaux du rein droit. Une des plus anciennes observations, rapportée par Lancereaux a été fournie par un recueil anglais. Sur trois cas de déplacement congénital du rein, deux avaient été observés à droite. La nature et le côté n'en étaient certes pas douteux, puisque l'iliaque primitive droite fournissait au rein leur vaisseau artériel.

Dans la suite, Schnetz, Rossi, Strübe, Apert, Pasteau ont présenté des observations de rein droit ectopique, mais on peut admettre à l'heure actuelle que l'ectopie

congénitale droite est quatre fois moins fréquente que l'ectopie gauche.

Le volume du rein ectopique est variable, il est souvent égal à celui du rein normal (observations de Apert, Guignon, Chapuis), il est quelquefois plus gros, mais par hypertrophie compensatrice, le rein opposé étant absent, mais le plus souvent, et c'est un des points importants : il est plus petit que l'autre. C'est là un fait que l'on retrouve nettement dans les observations de Nové-Josserand où il pèse 90 grammes, de Chambon, de Montaux, de Portal, de Barth où il est indiqué nettement comme ayant un volume inférieur au volume normal.

Le poids moyen, naturellement inférieur au poids normal du rein (125 gr.), semble être voisin de 90 grammes,

Cette insuffisance de volume et de poids doit être expliquée par l'arrêt de développement qui est toujours la cause de ce déplacement congénital du rein.

Il est impossible de décrire la forme du rein ectopique, elle est essentiellement variable, car il doit se mouler sur les parties avoisinantes, et ne rappelle plus, même de loin, la forme du haricot. Quand les organes voisins, en particulier la ceinture osseuse, ne l'ont pas déformé, il se présente sous la forme ovale ou arrondie, un peu aplati d'avant en arrière, avec quelquefois les traces d'une division multiloculaire. Toutes ces anomalies ne sont qu'une réminiscence ou plutôt une persistance de l'état embryonnaire.

L'irrigation du rein ectopique offre des particularités intéressantes par leur constance et sur lesquelles nous

aurons l'occasion de revenir pour en faire ressortir les conséquences.

Il est très rare que le rein ectopique ne reçoive le sang que d'une artère. Le nombre en est variable, il peut être considérable, aller jusqu'à 6 dans ce cas de Poirier :

« Le rein droit est dans la partie postérieure de la fosse iliaque, de volume normal, regardant en avant : il a 6 artères :

Première venant de l'aorte, à un centimètre au-dessus de sa bifurcation.

Deuxième, troisième, quatrième venant de l'angle formé par l'aorte avec l'iliaque primitive droite.

Cinquième née de l'angle de bifurcation des deux iliaques primitives.

Sixième née de la bifurcation de l'artère iliaque primitive droite.

Une seule veine.

Le rein gauche est dans l'excavation pelvienne.

Comme le précédent il a la forme lobulée et le hile en avant, il n'empiète guère que de 2 c./m. sur le corps de la cinquième lombaire, le reste est dans le bassin.

Il a 4 artères :

Première et deuxième venant de la bifurcation aortique.

Troisième de la bifurcation de l'iliaque primitive.

Quatrième de l'ischiatique.

Une seule veine qui aboutit à la veine cave.

Ce qui augmente encore l'intérêt, c'est la multiplicité des points d'émergence.

L'exemple le plus curieux est celui de Guigon. Il s'agit

d'un rein pelvien placé dans la bifurcation de l'aorte abdominale, depuis le corps de la cinquième lombaire jusqu'à la quatrième pièce de l'os sacrum et le niveau de l'échancrure sciatique.

Les artères sont en grand nombre :

La première née à la bifurcation de l'aorte arrivait à l'extrémité supérieure du rein, se divisait en 3 branches qui pénétraient séparément dans la substance du rein.

La deuxième, née de l'iliaque primitive gauche à un demi-pouce de la bifurcation de l'aorte se jetait au niveau de la partie moyenne de la face antérieure de ce rein.

La troisième, née de l'iliaque droite, à un pouce de l'orifice de cette artère, se rendait à la partie postérieure de l'extrémité supérieure.

La quatrième, née de la partie postérieure de la bifurcation de l'aorte, se rendait à la partie postérieure du rein.

La cinquième, née de l'hypogastrique.

Trois veines :

La première se jetait dans l'iliaque primitive gauche, à un pouce de la bifurcation.

La deuxième, dans l'iliaque primitive droite.

La troisième, au bas de l'iliaque gauche.

Ainsi donc il résulte clairement de ces deux observations que le rein ectopique reçoit ses vaisseaux en nombre souvent considérable et qu'il ne les reçoit pas seulement par un point unique ; mais qu'on voit souvent les artères le pénétrer par ses pôles, par sa face postérieure, par un point quelconque de sa superficie ; les veines se comportent de même.

De cette quantité considérable de vaisseaux, allant ou venant du rein, Chapuis nous donne l'explication suivante :

« La multiplicité, dit-il, si unanimement rapportée dans les observations, des sources d'irrigation artérielles s'explique par la migration ascensionnelle du rein, le mettant sous la dépendance de districts vasculaires successifs et formellement différents. Aussi longtemps que le rein est situé au-dessous du promontoire, il appartient au territoire de l'iliaque primitive et de ses deux branches terminales (l'hypogastrique surtout).

Dans la fosse iliaque, l'artère iliaque primitive et l'aorte se disputent l'irrigation de l'organe. Le rein arrive à destination et alors le soin de sa nutrition échoit uniquement à l'aorte : désormais les voies vasculaires du rein sont définitivement constituées. Si le rein est arrêté en un point quelconque de sa migration, il reste irrigué par les troncs artériels dans le domaine vasculaire desquels il se trouve. Il serait plus exact de dire que le rein, organe dont le rôle excréteur exige une large irrigation sanguine est toujours desservi par deux des sources successives dont nous avons parlé : au moment où les vaisseaux du territoire supérieur l'abordent, ceux du territoire inférieur ne l'ont pas encore abandonné. C'est ainsi, croyons-nous, qu'il faut expliquer, non seulement le nombre, mais encore la multiplicité de provenance des artères des reins ectopiques ».

Outre son pédicule vasculaire, il est fixé dans la position qu'il occupe, par une capsule fibro-conjonctive qui le fait adhérer de toutes parts intimement aux os et aux

aponévroses, absolument comme dans la fosse lombaire. Cette adhérence intime avec les organes avoisinants est une particularité sur laquelle insistent tous les auteurs et qu'ils opposent à l'ectopie acquise. « Le rein ectopique congénital, dit Chapuis, est *absolument fixe, non pédiculé, non mobilisable*. Cette immobilité plus grande dans le rein ectopique semble due aussi à une particularité anatomique dont les auteurs ne parlent pas et qui est très nette dans notre cas : l'absence de capsule adipeuse. »

Chez notre malade, la tumeur formée par le rein était directement sous le péritoine. C'est ce qu'on remarque dans les observations où il est fait mention de la laparotomie dans lesquelles par suite d'erreur de diagnostic on tombait sur le rein.

« J'ouvris, dit Mundé, l'abdomen de la façon ordinaire. Mon premier soin fut de chercher l'ovaire et la trompe droits que je trouvai normaux. Je passai alors mes doigts au-dessous de la tumeur que j'eus quelques difficultés à atteindre, car elle siégeait sur le plancher du bassin. Tout d'abord, elle me sembla complètement adhérente, et je ne pus trouver aucun endroit où commencer l'énucléation. Je me souviens que je dis au Dr A. Wyeth qu'elle se présentait tout à fait comme si elle était entièrement recouverte par le péritoine. Aucun soupçon me vint qu la tumeur put être extrapéritonéale.... Subitement les adhérences parurent lâcher vers le centre de la tumeur. Mes doigts glissèrent dans un *petit sillon* et l'énucléation fut rapidement accomplie.... »

On voit dans cette observation qu'il n'est fait, à aucun moment, mention d'atmosphère graisseuse du rein. Les tractus qui relient le rein ont l'aspect d'adhérences.

« Le péritoine pelvien incisé, dit Gouilloud, je commençai à décoller la tumeur incluse quand je m'arrêtai, ayant éprouvé très nettement la sensation que donne le décollement du rein, au cours d'une autopsie. C'était la même résistance des tissus, le même bord accentué, la même facilité de décollement. Un examen attentif me confirmait dans ma première impression, et le décollement partiel du rein, n'ayant pu en rien compromettre sa vitalité, je le laissai et suturai le péritoine pelvien incisé ».

La seule observation où il est fait mention d'une capsule adipeuse où tout au moins d'une masse graisseuse est celle de Pacoud chirurgien en chef de l'hospice civil de Bourg (23 germinal an X). Le rein était plongé dans une masse de tissu cellulaire dont les lames assez compactes formaient comme deux bandes ligamenteuses qui l'attachaient au sacrum. Est-ce bien là, la capsule adipeuse ou simplement le tissu cellulaire de la région, différencié, c'est ce qu'on ne peut dire. En tous cas l'observation est intéressante par sa rareté puisque généralement il n'est pas fait mention d'atmosphère celluleuse autour du rein ectopique. C'est une particularité dont nous aurons l'occasion de montrer l'importance.

Nous avons étudié les propriétés anatomiques du rein ectopique, nous allons maintenant étudier les rapports de cet organe avec les organes voisins.

La connaissance de ces rapports est utile pour les interventions possibles. Nous nous contenterons cependant

de les décrire pour la position la plus fréquente d'après les auteurs, celle au dessous du détroit supérieur.

Ces rapports d'après Chapuis sont les suivants :

« Son pôle supérieur est compris dans la bifurcation de l'aorte ou bien en avant de cette bifurcation et répond aux deux dernières lombaires ; puis le rein, pénétrant obliquement de haut en bas et de dedans en dehors dans l'excavation pelvienne, en chevauchant le promontoire, vient se placer au devant de symphyse sacro-iliaque, à l'extrémité postérieure du diamètre obstétrical oblique de nom opposé. Il plonge ensuite dans le petit bassin et arrive, en s'insinuant sous le bord interne du psoas et les vaisseaux iliaques primitifs. Sa face externe regarde ainsi l'échancre sciatique, que parfois il franchit obliquement pour venir mettre son pôle inférieur en contact avec le plan qui répond à la cavité cotyloïde.

Nous avons étudié les caractères anatomiques du rein ectopie en laissant de côté toutes les anomalies concomitantes des autres organes. Notre tâche en effet était de mettre en relief les caractères anatomiques utiles pour la description de la mobilité du rein ectopique. Maintenant par une observation de Mundé que nous reproduirons en partie nous allons montrer que le rein n'est peut-être pas toujours aussi fixe qu'on veut bien le dire et peut-être cette mobilité relative est-elle le point de départ d'une mobilité normale, exagérée.

Rein intra-pelvien (mobilisable) pris pour une affection
des annexes de l'utérus

Par PAUL F. MUNDE.

(New-York, méd. J. 21 juillet 1888).

S. P..., 21 ans, mariée, mère de 2 enfants, le dernier âgé de 4 mois, fut admise dans mon service, à l'hôpital du Mont-Sinaï le mardi 22 mai 1888, se plaignant d'une forte douleur qui, disait-elle, était consécutive à un accident survenu trois semaines auparavant (elle était tombée portant son enfant). Interrogée, elle répondit qu'elle avait eu de la chaleur, de la fièvre et qu'elle était restée au lit pendant quelques jours. Menstruation normale, urine ambrée ; pas d'albumine. L'examen bilatéral des organes du bassin..... montra l'utérus en position normale, sa mobilité latérale nettement diminuée, l'ovaire droit non reconnaissable ; dans la moitié gauche de la cavité pelvienne, semblant toucher le fond du cul-de-sac de Douglas, il y avait une tumeur irrégulièrement ovoïde, d'une sensibilité exquise, du volume environ d'une orange aplatie, qui était *nettement mobilisable* dans toutes les directions et qui présentait le toucher caractéristique d'un ovaire augmenté de volume et d'une trompe réunis l'un à l'autre par des adhérences. On ne fit aucune tentative pour repousser cette tumeur en dehors du bassin, puisqu'aucun doute n'existait sur sa nature..... »

Au cours de l'opération on s'aperçut trop tard que cette tumeur était un renu ectopié ; il fallut l'enlever. Avec beaucoup de peine on trouva l'ovaire gauche qui fut jugé trop adhérent pour être enlevée. Malgré cela, la malade guérit et ses douleurs disparurent.

A quoi étaient dues ces douleurs, et cette sensation exquise de la douleur, Mundé ne fait aucune hypothèse à ce sujet ; Chapuis dans la thèse duquel nous avons trouvé cette observation pense qu'elle tenait sans doute à l'attribution des masses salpingo-ovariques enflammées par les déplacements imprimés au rein ; il est difficile à notre avis de se faire une idée exacte de la cause de la douleur : peut-être était-elle due au seul rein. En tout cas, l'observation prouve nettement que le rein ectopique peut être mobilisable.

Nous allons terminer ce chapitre en reproduisant la relation d'une autopsie faite par Pasteau et présentée par lui à la Société anatomique (mars 97). Il s'agit d'un rein ectopique devenu secondairement mobile. Cette observation, malheureusement incomplète pour la partie anatomique est tout ce que nous possédons pour faire l'anatomie pathologique de l'affection dont nous nous occupons.

Anomalie et rein flottant

Par OCTAVE PASTEAU.

Société anatomique, mars 1897.

« Le rein gauche d'un volume normal présentant une longueur de 9 centimètres était situé au dessous de sa place habituelle. Il avait glissé le long de la paroi abdominale postérieure et son extrémité inférieure s'arrêtait à 2 centimètres de la crête iliaque.

La direction du rein, est fortement oblique en bas et en dedans, l'extrémité inférieure s'est rapprochée de la ligne médiane, la face antérieure du rein regarde directement en avant.

L'artère rénale a un volume un peu inférieur à la normale. Elle naît à sa hauteur habituelle et se dirige très obliquement en bas et en dehors pour aboutir au hile, le tronc a une longueur de 6 centimètres.

La veine rénale gauche est très longue et mesure depuis son embouchure de la veine cave jusqu'au rein, une longueur de 10 centimètres 1/2. Mais je dois faire remarquer que la veine cave est située plus à droite que normalement qu'elle a une direction oblique en haut et en dehors pour atteindre le foie. Cela tient sans doute et à la position du foie sur laquelle je reviendrai dans un instant et peut-être aussi un peu au déplacement du rein droit.

L'uretère gauche est de calibre normal et flexueux.

Le rein droit est situé beaucoup plus loin que le rein gauche, il est complètement dans la fosse iliaque,

Les dimensions sont les suivantes : longueur 9 cent., largeur 5 cent.. Son grand diamètre a une direction presque horizontale et antéro-postérieure, elle est cependant un peu oblique en bas et en avant, si bien que l'extrémité inférieure du rein est devenue antérieure et est située au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, la face antérieure est devenue externe et un peu supérieure et la face postérieure est devenue interne et un peu inférieure.

L'artère rénale droite naît plus bas qu'à l'ordinaire, à 8 millimètres de l'artère mésentérique inférieure. Elle a une longueur de 7 centimètre et une direction très oblique en bas en dehors et en avant. Le calibre de l'artère rénale droite semble comme du côté gauche inférieure à la normale.

La veine rénale droite est presque verticale et mesure 6 centimètres.

J'ajouterai que l'uretère droit est coudé d'une façon particulière et comme enroulé à son point de coudure sur un axe antéro-postérieur.

Enfin, je dirai que, chez cette malade, le foi présente une disposition particulière. Il est surtout développé dans son lobe droit tandis que le gauche existe à peine. Le lobe droit très effilé descendait jusque dans la fosse iliaque ; à la partie moyenne de la hauteur, il est comme étranglé au niveau de la taille ; à sa partie supérieure il présente une sorte de gros manchon arrondi qui déprimait fortement le diaphragme, et était logé dans une dépression correspondante du poumon droit.

Cette pièce est intéressante à plusieurs points de vue : A cause de la disposition des vaisseaux à gauche, de leur naissance au niveau normal ; à cause de la position du rein on peut dire qu'il s'agit d'une anomalie de position non congénitale. J'appelle simplement l'attention ici sur la longueur des vaisseaux et sur la diminution du calibre de l'artère rénale.

A droite, la disposition des vaisseaux est intéressante. L'artère rénale naît plus bas qu'à l'ordinaire, et on serait en droit de penser à une anomalie de situation du rein d'origine congénitale. Mais il faut remarquer que l'artère est également très allongée et diminuée de calibre comme à gauche, que les vaisseaux artériels et veineux sont très obliques et d'autre part, il existe une véritable déviation de l'aorte qui forme une courbe à convexité droite, au sommet de laquelle naît l'artère rénale. Il semblerait donc que le tronc aortique ait été dévié par suite de la traction exercée sur lui par le rein appendu à l'extrémité de son artère. Ceci a quelque analogie

avec la disposition décrite par Glantenay et Gosset qui ont trouvé la veine cave décrivant une courbe dont le sommet correspondait à la naissance de la veine rénale. Dans le cas d'aujourd'hui la veine cave qui occupe une position anormale a pu être déviée, comme l'aorte, par la traction exercée par le rein.

En somme il semble que s'il y a à gauche, un déplacement acquis du rein, il existe à droite un *déplacement également acquis ajouté à une anomalie congénitale.*

CAUSES QUI PEUVENT CRÉER LA MOBILITÉ DU REIN ECPTOPIQUE

En étudiant les causes qui ont créé la mobilité du rein chez notre malade, nous voyons de suite que la cause qui fait du rein ectopique un rein flottant, est la cause banale, la plus anciennement connue, la cause normale pour ainsi dire de la mobilité du rein : l'effort.

C'est l'effort violent nécessaire pour éviter une chute, c'est l'effort violent nécessaire pour charger un sac sur sur l'épaule.

Mais à côté de cette première cause qui peut seule suffire, mais qui le plus souvent n'est qu'une cause occasionnelle, il en est d'autres que nous retrouvons invoquées pour expliquer le rein flottant, d'autres aussi qui lui sont particulières.

Le plus souvent la mobilité du rein ectopique ne sera qu'un épiphénomène, une ptose à ajouter à toutes les ptoses viscérales qui révèlent une véritable déchéance de l'organisme.

Si on ne peut ici accuser le foie de refouler directement le rein, soit parce que ses ligaments sont relâchés, soit parce qu'il est comprimé par le corset, soit parce qu'il est congestionné comme dans la dilatation d'estomac, on

peut cependant dire que la néphroptose ne survient que grâce à une faiblesse de tous les ligaments du rein, de ses moyens de suspension, variables il est vrai suivant le degré d'ectopie, mais qui jusqu'à un certain point peuvent être constitués par le fascia propria qui à l'état normal entoure le rein en avant et en arrière et va s'insérer sur les corps vertébraux en dedans des attaches du psoas.

A ce point de vue, les grossesses dont on a toujours fait ressortir l'influence peuvent être une cause fréquente de mobilité pour le rein ectopique.

Mais dans ce cas, la grossesse qui, habituellement agit d'une façon toute passive peut dans certaines positions du rein prendre un rôle tout à fait actif.

Comme en a été témoin Schönberg, le rein en ectopie congénitale, peut être pincé sur l'articulation sacro-iliaque entre cette articulation et l'un des pôles du fœtus, laminé et chassé vers l'excavation pelvienne. Si la femme peut accoucher, il est évident qu'après avoir supporté un si rude effort, les moyens de fixité, détruits, tirillés, ont perdu une partie de leur résistance. La grossesse dans ce cas, devient le point de départ de la mobilité du rein, comme la présence du rein peut devenir une cause de dystocie.

On a invoqué, comme cause prédisposante du rein flottant, l'augmentation de volume et de poids de cet organe. On en a démontré l'influence en injectant du mercure dans le bassin. Cette hypertrophie se trouve réalisée dans notre rein ectopique, quand le rein opposé est absent et que l'organe unique subit une hypertrophie compensatrice pour faire face aux besoins de l'organisme.

En résumé, traumatismes, efforts, joints à une certaine prédisposition, un certain relâchement des tissus, voilà les causes de la mobilité du rein ectopique. Le traumatisme fœtal agissant par un mécanisme spécial est la seule cause qui soit réellement particulière au rein déplacé congénitalement. Toutes les autres causes sont communes à l'un et à l'autre de ces reins.

CAUSES DE LA RARETÉ DE LA MOBILITÉ DU REIN ECTOPIQUE

Mais dira-t-on puisque presque toutes les causes qu'on a invoquées pour expliquer la mobilité du rein normal existent pour le rein ectopique et peuvent s'y appliquer à quoi tient cette rareté telle qu'on n'en a pas encore cité un cas ayant appelé l'attention du clinicien et qu'on n'a pu jusqu'alors apporter que des trouvailles d'autopsie sans intérêt bien particulier.

Il est entendu que le rein ectopique mobile serait plus rare que le rein flottant ordinaire, les reins ectopiques étant eux-mêmes assez rares. Il est évident aussi que des cliniciens ont pu passer à côté de tels cas sans y prendre garde, la maladie n'attirant pas l'attention du médecin de ce côté. Beaucoup de reins flottants sont eux-mêmes des trouvailles d'autopsie ou de simples surprises réservées aux observateurs consciencieux, le patient n'ayant jamais ressenti de douleurs.

De même, des reins ectopiques ont pu devenir flottants à l'insu du malade. A part ces causes banales, il y en a d'autres très sérieuses qui font comprendre pourquoi la mobilité du rein ectopique est rare.

La première raison, c'est le poids. Le rein, nous l'avons

vu, est généralement atrophié ou plus exactement il a subi un arrêt de développement. Nous nous trouvons le plus souvent en présence d'un rein petit, ovoïde, aplati, échappant par sa minceur à tous les efforts qui tendent à le faire glisser. Cet aplatissement même, outre qu'il permet au rein de s'échapper lui permet, tous rapports gardés, de résister au glissement et d'offrir une surface d'attache plus large aux tractus fibreux qui l'entourent.

Une seconde cause est la richesse du pédicule vasculaire. Non seulement, le rein est maintenu en bonne situation par un pédicule extrêmement fort, 7 vaisseaux (6 artères et une veine) dans le cas de Poirier, 8 vaisseaux (5 artères, 3 veines) dans le cas de Guigon, mais encore ces vaisseaux abordent le rein par un point quelconque de sa surface, par les deux pôles, par sa face postérieure.

Le rein est ici tendu par une série de liens élastiques qui le supportent comme une balle qui serait portée sur une raquette et qui la privent de toute mobilité dans un sens comme dans l'autre. A ce point de vue on comprend combien la solidité de ce plexus est variable, selon le nombre des vaisseaux, leur diamètre et leur combinaison et combien variable est le soutien que reçoit le rein de ses vaisseaux. Plus le rein sera élevé et rapproché de sa situation normale et plus aussi le pédicule tendant à redevenir normal sera en moins bonne position pour soutenir le rein dans une immobilité aussi parfaite.

D'autre part, l'absence d'atmosphère cellulaire diminue la possibilité pour le rein de se mouvoir dans une loge devenue trop large par l'amaigrissement de l'individu. Les tractus conjonctifs qui ne sont plus tirillés par les

secousses du rein devenu libre dans une loge trop large n'ont plus de tendance à s'allonger.

On peut ajouter que la masse intestinale qui augmente à mesure que l'on descend dans le bassin, concourt aussi à appliquer avec plus de force le rein sur les parois osseuses de la cavité pelvienne, mais pour nous résumer nous dirons que trois causes interviennent pour rendre la mobilité du rein ectopique bien rare, c'est :

Son atrophie relative ;

La richesse et la force de son pédicule vasculaire ;

L'absence d'atmosphère celluleuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous sommes évidemment ici en présence de ce qu'on a appelé par comparaison une hernie de force ; et bien improprement : la luxation du rein.

Nous ne trouvons pas, soit dans l'interrogatoire de la malade soit dans son examen les signes d'une ptose viscérale qui fait souvent partie du tableau clinique du rein flottant et qui indique que ce déplacement du rein, loin de constituer à lui seul toute la maladie et toute la lésion, n'est qu'un des symptômes, un épiphénomène d'une maladie de l'abdomen et de ses viscères : la ptose viscérale généralisée. Ici, pas de grossesses, pas de relâchement des parois, pas de symptômes gastriques, pas de douleurs épigastriques.

Au contraire, un début brusque à grand fracas : à la suite d'une chute, d'un effort violent, sensation très nette de « décrochement » de « craquement ». Mais ici, et nous croyons devoir appuyer sur ce fait et en faire ressortir l'importance : la douleur ne siègeait pas dans les flancs ou dans la région lombaire, comme on l'observe dans le cas de rein flottant ordinaire, mais immédiatement à droite de la colonne vertébrale dans un plan horizontal passant par l'ombilic, localisation du reste par-

faitement logique mais qui est spéciale et a son importance au point de vue du diagnostic.

A côté de ce symptôme plus important pour le médecin que pour le malade, défilent d'autres symptômes que la malade énumère et décrit avec complaisance. C'est la pollakiurie, la polyurie la dysurie qui du reste forment ici la presque totalité du tableau symptomatique, mais qui sont communs à tant d'autres affections.

Signalons cependant sans toutefois lui attribuer une importance considérable, cette impossibilité de se tenir couché sur le côté opposé à la ptose rénale. Nulle part nous ne l'avons signalée.

Tous ces symptômes douloureux qui n'ont qu'une relation très indirecte avec le déplacement du rein sont l'indice d'un tempérament nerveux. Notre malade sans cause apparente est triste, elle a une tendance aux idées noires, elle a des idées de suicide, elle présente des bizarreries de caractère. On a du reste trouvé chez ces malades, tous les troubles allant du simple nervosisme jusqu'à l'hystérie franche avec ses crises hystériques typiques.

Si l'inspection ne nous donne aucun renseignement, à la palpation on trouve une tumeur située plus ou moins haut suivant le degré de ptose et d'ectopie plus ou moins grande du rein. Ses dimensions rappellent nettement celles du rein, cependant il faut se rappeler que beaucoup de reins flottants subissent une hypertrophie peut être d'origine irritative et aussi se méfier des anomalies de forme qui accompagnent souvent les anomalies de situation. La tumeur mobile en bas, mobile en haut, ne peut cependant remonter au-delà d'un certain point, vraisem-

blement bridée par le pédicule qui n'est pas assez long pour permettre à l'organe de remonter jusque dans la loge rénale qui doit être comblée puisqu'elle n'a jamais été habitée.

Par le toucher vaginal la tumeur est plus ou moins facile à atteindre selon qu'elle est située plus ou moins haut, elle donne la sensation d'une tumeur nettement limitée, mobile, rénitente sans tissus enflammés engainant la tumeur.

Nous nous sommes occupés de cette hernie de force parce qu'elle est la plus typique, parce que les symptômes principaux se dégagent nettement sans être étouffés par les symptômes de la ptose généralisée où tous les organes apportent leurs signes particuliers. Mais il est évident que le rein ectopique, comme le rein normal aura plus de tendance à la ptose si tous les moyens de fixité sont insuffisants et trahissent par leur relâchement leur faiblesse native.

Nous ne nous étendrons pas sur ces différents symptômes pas plus que sur la marche de l'affection. Ils sont communs avec ceux de la néphroptose ordinaire. Il est donc inutile d'insister.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être très facile mais il peut être extrêmement difficile, et disons le tout de suite, impossible. Tout dépend de la position primitive du rein et de la prédominance de tel ou tel symptôme qui occupe la scène et qui éloigne la pensée de l'observateur pour lui faire penser à une affection des organes du petit bassin. Et voilà le danger. L'ensemble symptomatique de cette variété de mobilité rénale est celui d'une affection utérine, il n'est pas celui d'un rein flottant.

On comprendra aisément que plus le rein est bas plus l'esprit a des chances d'errer, mais si le rein se trouve près de la colonne vertébrale, s'il est bien mobile, s'il a gardé les formes et les dimensions de l'organe normal, si la malade s'est aperçue depuis longtemps de cette tumeur et assure qu'elle n'a pas varié de volume, à *fortiori*, si le médecin revoit la malade à plusieurs mois d'intervalle et constate l'absence de tout changement dans l'état de la tumeur, il suffit d'y penser pour faire le diagnostic. Cependant ces faits sont si rares, tellement en dehors de la pratique courante, l'ensemble symptomatique simule si bien ce qu'on voit tous les jours dans les affections utérines qu'on hésite à faire un diagnostic d'exception : « *Rara non sunt artis* ».

Pour établir le diagnostic positif de cette affection, il est inutile de dire qu'on commencera par s'assurer que le rein n'est pas dans la situation normale puis on s'appuiera principalement sur deux symptômes précédemment décrits.

Au début, le plus souvent brusque, cette sensation de déchirement de « décrochement » qui est fréquent dans le rein flottant, acquiert ici un caractère spécial à cause de sa localisation extrarénale. Cette localisation sera probablement variable avec la situation primitive du rein et par conséquent plus ou moins élevée dans l'abdomen, mais elle n'aura peut-être jamais cette situation spéciale qui fait penser à « quelque chose de rénal ».

Le second des symptômes importants est la présence d'une tumeur, non inflammatoire, mobile, mais dont la mobilité est limitée en haut et qui, suivant une ligne légèrement arquée, tend à se rapprocher de l'axe du corps.

Cependant, il ne faudrait pas se hâter de faire de cette mobilité, qui a des caractères si spéciaux, un signe pathognomonique. On pourrait avoir affaire à un simple rein mobile. Cette limitation pourrait être le fait d'une inflammation antérieure, d'une péritonite, qui par des adhérences fibreuses limiterait les mouvements du rein en haut et l'empêcherait de rentrer dans sa loge.

Lancereaux cite un cas où la péritonite rétractant le péritoine était la cause directe de la descente du rein qui devait simuler cette mobilité dont nous venons d'énumérer les caractères. Ce cas est du reste resté unique dans la science.

Si le rein flottant est à gauche, les présomptions en

faveur d'un rein flottant congénitalement déplacé augmenterait de force puisque presque toujours l'ectopie congénitale est à gauche.

Mais pour arriver à poser le diagnostic de rein flottant congénitalement ectopié, nous aurons beaucoup de difficultés à le distinguer des nombreuses tumeurs qui peuvent se développer aux dépens des organes de l'abdomen. Nous manquons dans le cas présent d'un signe excellent qui souvent éclaire le diagnostic du rein flottant ordinaire : *la réduction lombaire parfaite* comme on a appelé ce subit échappement dans la loge rénale.

Nous n'entrerons pas dans l'étude du diagnostic différentiel du rein ectopique flottant, dans l'énumération des symptômes communs et des symptômes qui permettent d'en faire la différenciation. Les signes de ces différentes tumeurs sont très obscures et n'apportant aucune donnée nouvelle pour éclaircir le diagnostic des tumeurs de l'abdomen, nous préférons renvoyer le lecteur aux traités de pathologie externe.

Les tumeurs du petit bassin et plus particulièrement des organes génitaux ont pour nous un intérêt plus immédiat, puisque le diagnostic porté par notre maître le Dr Cerné avait été « kyste dermoïde probable de l'ovaire »

C'est en effet avec des cas un peu anormaux qu'il faut établir le diagnostic différentiel de l'affection et non avec ces kystes de l'ovaire à marche ascendante normale avec phénomènes typiques. Ce n'est pas non plus avec le fibrome banal, faisant corps avec l'utérus et donnant lieu à ces métrorrhagies qui sont la signature de l'affection.

Pour ceux-là l'examen du malade et le toucher suffisent pour faire le diagnostic.

Non, c'est avec ces kystes de l'ovaire à long pédicule qu'on a vu se loger dans tous les replis de l'abdomen et se mettre en rapport avec le rein lui-même. C'est avec ces fibromes de l'utérus sous-péritonéaux qui perdent quelquefois leur connexions utérines et roulent dans toutes les régions de l'abdomen se nourrissant grâce à des adhérences avec l'intestin.

C'est surtout avec les kystes dermoïdes de l'ovaire qu'il faut faire le diagnostic.

C'est qu'en effet, ils ont une marche spéciale. Ils se rencontrent surtout chez des malades jeunes, ils évoluent lentement et restent généralement petits et de plus sont douloureux. Tillaux insiste particulièrement sur la valeur de ce symptôme qui pour lui serait très grand quand la tumeur est en même temps de petit volume et a évolué lentement. Mais ces signes sont aussi ceux du rein mobile, et on conçoit combien dans certaines circonstances est grand l'embarras du chirurgien.

Aussi comprend-t-on la quantité des procédés qu'on a préconisés pour rendre possible le diagnostic différentiel :

La phonendoscopie qui dans les mains de leurs inventeurs aurait donné de bons résultats.

La méthode de Naunyn et Minkowsky qui permet de rechercher exactement les rapports des différents organes, colon, estomac.

La radiographie qui permet de reconnaître le trajet de l'uretère au préalable cathétérisé avec une sonde métal-

lique et qui indique la position du rein et ses rapports avec la tumeur.

Enfin il reste un dernier moyen d'exploration beaucoup plus direct, plus sûr et plus pratique : c'est *l'incision exploratrice*. Plusieurs chirurgiens préconisent ardemment ce moyen de contrôle qui devient le plus souvent le premier temps de l'intervention.

COMPLICATIONS

Le rein flottant ectopique est soumis naturellement à toutes les complications des reins flottants ordinaires, dont la plus fréquente est l'hydronéphrose intermittente qui altère le parenchyme rénal et le détruit secondairement.

Cependant il ne faudrait pas comme nous l'avons vu plus haut se hâter de conclure à une hydronéphrose s'appuyant uniquement sur les débâcles urinaires qu'accuse le malade. Il faut se rappeler que le rein est sujet à des congestions intenses et passagères qui font souvent croire à des hydronéphroses ; la palpation de la tumeur seule leverait tous les doutes. L'infection de ces vastes poches urineuses est un accident à craindre, le plus fréquent et le plus grave.

Mais il est une question qui intéresse plus particulièrement l'accoucheur, c'est le rein flottant ectopique considéré comme cause de dystocie.

En effet, grâce à sa mobilité, le rein flottant ectopique même situé un peu haut peut dans les efforts du travail être poussé vers le détroit supérieur, mais grâce aussi à sa mobilité, il peut s'accommoder et peut-être le pronostic de l'accouchement serait-il plus bénin que dans les cas

de rein ectopique fixé solidement sur les côtés du promontoire.

Il n'existe pas dans la science d'observation d'accouchement avec complications dues à un rein flottant congénitalement déplacé mais il en existe avec rein ectopique fixé solidement à la paroi. Parmi celles-ci, deux sont surtout intéressantes tant au point de vue des symptômes, que de la marche de l'accouchement et de son pronostic.

Dans le premier cas rapporté par Hohl, l'auteur rend compte de deux accouchements anormaux qui cependant se terminèrent spontanément après un temps d'arrêt.

Pendant l'accouchement, chaque contraction provoquait des douleurs vives dans le côté gauche du bassin et faisait proéminer sous la tête fœtale une tumeur qui disparaissait ensuite.

La tête finit par passer au-dessus de la tumeur réduite qui dans la suite fut reconnue pour être le rein ectopé.

La seconde observation de Albert Schönberg est particulièrement intéressante.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui avait eu deux accouchements spontanés à terme.

Pendant le troisième accouchement, les douleurs expultrices furent violentes, le travail subit un temps d'arrêt au milieu duquel la femme tomba dans le collapsus qui se termina par la mort, suite de déchirure utérine. L'ectopie rénale fut reconnue à l'autopsie.

L'auteur explique par une différence de position le fait de l'évolution normale des deux premiers accouchements et de la terminaison fatale du troisième.

Le rein avait deux centimètres d'épaisseur et son extrémité supérieure se trouvait au niveau du détroit supérieur. Il pouvait donc diminuer d'autant le diamètre, la tête fœtale pouvait être arrêtée, tandis qu'elle avait pu dans les accouchements précédents évoluer facilement dans l'autre diamètre oblique.

Il est probable, ajoute Schönberg, que lorsque le rein est situé plus bas, il peut être suffisamment refoulé par les parties molles spécialement au niveau de l'échancrure sciatique.

En résumé, le rein ectopique, flottant ou non, peut empêcher l'engagement, l'arrêter avant qu'il soit complet et peut-être aussi mettre un obstacle à la rotation.

PRONOSTIC

Le pronostic, on le voit, est essentiellement variable suivant les cas. Sans s'arrêter aux cas relativement rares de guérison spontanée par péritonite ou par périnéphrite, il est bénin quand le rein est assez haut pour pouvoir être fixé par une néphorrhaphie postérieure assez analogue à l'opération que l'on fait pour le rein mobile ordinaire. Les statistiques publiées à ce sujet sont très belles puisque d'après Delagenière, si on examine les résultats éloignés de cette opération, résultats qui seuls ont de la valeur, on compte 53 0/0 de guérisons absolues et 15 0/0 seulement d'insuccès ; les 32 0/0 restant, comprenant des améliorations, persistantes pour le plus grand nombre, temporaires pour une plus faible partie, et quelques résultats seulement satisfaisants.

Cependant il ne faudrait pas espérer d'aussi beaux résultats avec le rein flottant ectopique, l'opération devient moins classique, les cas n'étant pas comparables. La fixation sous-costale sera dans presque tous les cas à peu près impossible.

Mais le pronostic s'assombrit à mesure que nous descendons vers le bassin.

Le rein est-il situé sur la symphyse sacro-iliaque, dif-

facilement abordable par la partie postérieure, la statistique sera moins belle, les cas d'insuccès augmenteront encore ; est-il sous le détroit supérieur, il ne peut être abordé que par la voie transpéritonéale.

Heureusement la prothèse viendra en aide au chirurgien pour parfaire le résultat de l'opération. C'est ce qui a été fait pour notre malade. Mais il est impossible de faire la part du rôle de la ceinture et de la néphrorraphie.

Quand le rein est plus profondément engagé dans le petit bassin, le pronostic devient plus sombre par suite de l'impuissance relative à le diagnostiquer et par la gravité de l'intervention qui, dans quelques cas, pourra être une néphrectomie.

TRAITEMENT

Le traitement, question toujours délicate est ici particulièrement difficile.

Si le rein mobile ordinaire reçoit de très grandes améliorations du simple bandage, si on a recours le plus souvent à la prothèse dans la cure de cette affection, il ne semble pas qu'il puisse en être ainsi dans la cure de l'affection qui nous occupe. La ceinture abdominale avec pelote maintient le rein en exerçant une pression en dessous de la situation normale de cet organe tandis que dans le cas d'ectopie congénitale, elle ne pourrait le fixer qu'en appuyant directement dessus ou plus souvent en appuyant par dessus, c'est-à-dire en tendant le pédicule vasculaire, en exagérant sa tendance à s'allonger et en tiraillant les plexus nerveux.

La prothèse seule est donc insuffisante, cependant nous pensons qu'elle peut venir en aide à l'opérateur, en comprimant légèrement le rein déjà fixé par une opération antérieure, pour lui permettre de rester en place. On obtiendra ce résultat, soit à l'aide d'une ceinture, soit à l'aide d'un corset comprimant peu l'abdomen au niveau de la taille mais descendant très bas. L'un ou l'autre de ces appareils sera muni d'une pelote très large pour

éviter toute tendance, par suite du déplacement inévitable de la pelote, à la luxation soit en haut soit en bas.

Cette opération qui pour le rein ectopique flottant semble nécessaire n'est pas une opération classique comme la néphorrhaphie qu'on oppose au rein flottant normal. Et voilà ce qu'il est difficile de prévoir et de discuter : les indications de l'intervention. Les anomalies congénitales que nous rencontrerons au cours des opérations ne sont pas comparables et telle opération qui est faisable dans un cas est impossible dans l'autre. Il faut se tenir prêt à parer à toutes les difficultés, à toutes les anomalies prévues et imprévues, et modifier sa technique au gré des circonstances.

Si la position primitive du rein est assez élevée, on aura recours au procédé de Tuffier. On pourra faire remonter la partie supérieure du rein jusqu'à la douzième côte comme on le fait pour le rein normal. On fixera la partie supérieure de l'organe à cette côte et deux autres points moyen et inférieur fixeront le rein aux aponévroses profondes. Cette opération classique fixe le rein plus bas que sa situation normale et est par conséquent susceptible d'être appliquée assez souvent au rein ectopique.

S'il était situé trop bas et s'il était impossible de le faire remonter jusqu'à la douzième côte, on se contenterait de le fixer simplement par trois points de catgut aux aponévroses profondes (fascia propria du carré des lombes).

Plus bas, sur l'articulation sacro-iliaque au détroit supérieur, le rein pourra peut-être être ramené jusqu'à la

crête iliaque pour y être suturé. On aura la précaution dans ce cas de faire une incision descendant aussi bas que possible, et aussi près que possible de l'axe du corps. En effet on se souvient que le rein ectopique a une tendance très marquée à se rapprocher de cet axe et quelquefois même il est médian. Souvent après avoir sectionné le fascia lombo-dorsalis, le carré des lombes, et le fascia propria, on sera forcé de récliner en dedans le psoas pour atteindre le rein. Cet organe saisi, on le fixera aux aponévroses qui prennent leur insertion sur la crête iliaque postérieure et à l'aponévrose du muscle psoas. Il sera préférable de multiplier les points de suture pour prévenir une récurrence toujours possible. Si l'opération n'est pas parfaite, elle est en tout cas sans danger, et tout en donnant un résultat aussi satisfaisant que la néphrorraphie antérieure elle a sur elle l'avantage d'être extra-péritonéale, de permettre de faire les sutures plus commodément, moins à l'aveuglette plus superficiellement et sans crainte de léser les gros vaisseaux.

Malheureusement, elle n'est pas toujours possible, même si le diagnostic est fait avant l'opération. Mais ce diagnostic sera dans la plupart des cas si hésitant que la laparotomie médiane sera presque un moyen de diagnostic et que la néphrorraphie antérieure dans ce cas tentera le chirurgien par sa simplicité. Mais peut-être même dans ce cas, si la néphrorrhaphie postérieure est possible, vaudra-t-il mieux refermer le ventre et aborder le rein par la partie postérieure.

Pour le rein pelvien douloureux et mobile, il est diffi-

cile de préconiser une intervention. Il est évident que la néphrectomie donnera le résultat attendu, mais outre le pronostic réservé de cette opération, on hésite toujours à priver le patient d'un de ses reins. Sans rien préciser, on pourrait cependant conseiller de fixer le rein là où il semblerait plus aisé de le faire. Mais il est impossible de préjuger le résultat que pourrait donner cette intervention.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le rein ectopique peut devenir mobile et douloureux comme le rein normal.

2° Les causes et le mécanisme de cette variété de déplacement sont les mêmes que dans le rein normal, cependant il faut ajouter comme cause particulière le traumatisme fœtal au moment du travail en particulier dans les ectopies au détroit supérieur.

3° Le rein ectopique est rarement mobile, par suite de son atrophie relative, de la force et de la richesse de son pédicule vasculaire, de l'absence fréquente de capsule adipeuse.

4° Les symptômes moins caractéristiques que ceux du rein flottant normal donnent à l'affection, chez la femme, l'allure d'une tumeur développée aux dépens de l'appareil génital.

5° L'ensemble symptomatologique, obscur et sans signes pathognomoniques, en rend le diagnostic extrêmement difficile. Le rein ectopique flottant sera souvent im-

possible à différencier des kystes dermoïdes de l'ovaire.

6° Le rein ectopique flottant peut être une cause de dystocie.

7° Les différentes positions du rein nécessitant des interventions plus ou moins graves, le pronostic est variable, mais en général moins bénin que pour le rein flottant.

Vu : par le Président de thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Rayer 1839.** — Maladies des reins. Ectopie pelvienne congénitale, tome III, p. 773 et seq.
- Nové Josserand.** — Ectopie congénitale douloureuse du rein. (*Lyon medical*, 1892, LXIX, p. 298.
- Lancereaux 1880.** — Les déplacements du rein. Ectopie congénitale et déplacement mécanique. Ectopie spontanée (rein mobile ou rein luxé) symptômes, diagnostic et pronostic. Conditions étiologiques et pathogéniques. Traitement. *Union médicale de Paris*, 1880, tome XXX, p. 225.
- Despiney.** — Atrophie et ectopie du rein gauche. *Loire médicale*, Saint-Etienne, 1892, tome XL, p. 62-65.
- Mc Shane.** — A case of congenital malposition of the Kidney. *N. Orl. med. a. s. J.*, 1894, 5, t. XXII, p. 181-183.
- Newman.** — Malformation of the Kidney and displacements without mobility with illustrative cases. *Glasgow. M. J.* 1898, t. L, p. 144-8.
- Gouilloud.** — De l'ectopie pelvienne congénitale du rein en gynécologie et en obstétrique. *Annales de gynécologie*, août 1896.
- Callais Louis.** — De l'ectopie rénale. Thèse de Paris, 1883.

- Sacchi (P).** — Ectopia rénale congenita. Bull. d. Comit. med. Cremonese Cremona 1884, IV p. 185-187.
- Cullen. (J. M.).** — Ectopia renal congenita. Annal. d. Circ. med. argent. Buenos-Ayres 1890. XIII p. 309-313.
- Apert.** — Ectopie pelvienne du rein. Soc. anat. février 1898.
- Rossi. (Umberto).** — Un cas d'ectopie bilatérale congénital. Un cas d'ectopie du rein droit. Settimana medica sperimentale n° 27 p. 331.
- Schwalbe.** — (Virchows Arch. 1896. Vol CXLVI p. 414). 2 cas d'ectopie du rein droit.
- Strube.** — Ueber congenitale lage und. Bildungsanomalien der nieren. Archiv von Virchow T 137 p. 227. 1894.
- Poirier.** — Bull. soc. anat. 1889 p. 436.
- Pacoud.** — Recueil périodique de la Soc. de med. de Paris T. XIV p. 65.
- Munde.** — New-York med. J. 21 juillet 1888.
- Albers Schöenberg.** — Centralb fur hynec. 1 dec. 1894.
- Guigon.** — Histoire de la soc. de méd. 1789 Tome X p. 68.
- Hohl.** — Archiv fur anat. und Phys. 1828 n° 2 p. 177.
- Chapius (Paul).** — De l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein en anatomie, en gynécologie et en obstétrique. Thèse de Lyon 1896.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie 2^e édition. Rein mobile et ectopie rénale (Tuffier) Tome VII p. 370 et seq.
- Octave Pasteau.** — Anomalie rénale et rein flottant. Société anatomique, mars 1897.

